

Proyecto de investigación sobre los diferentes niveles de percepción de la calidad de vida en los pacientes EPOC severo

Autor: Gonzalez Prieto, Berta (Graduado en Psicología por la UNED).

Público: Estudiantes de grado en psicología, enfermería. **Materia:** Diseños de investigación, Intervención psicológica y salud, técnicas de intervención Cognitivo- Conductuales, Psicología de las diferencias individual. **Idioma:** Español.

Título: Proyecto de investigación sobre los diferentes niveles de percepción de la calidad de vida en los pacientes EPOC severo.

Resumen

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología respiratoria que cursa con limitación del flujo aéreo y posee cinco niveles de afectación, pero no siempre la percepción de calidad de vida es similar en todos los pacientes dentro de un mismo grado de la enfermedad con el objetivo de comprobar hasta qué punto el componente psicológico influye en estos desfases perceptivos, se propone una investigación pretest-posttest con grupo de control y Se espera que tras el tratamiento, el grupo experimental tenga una mejor percepción de calidad de vida.

Palabras clave: EPOC, Percepción de calidad de vida.

Title: Research project on different levels of perception to the quality of life in severe COPD patients.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a respiratory pathology that has airflow limitation and has five levels of affectation, but the perception of quality of life is not always similar in all patients within the same degree of the disease in order to verify to what extent the psychological component influences these. Perceptual mismatches, we propose a pretest-posttest research with a control group. It is expected that after the treatment, the experimental group has a better perception of quality of life.

Keywords: Quality of life, COPD.

Recibido 2017-07-15; Aceptado 2017-08-18; Publicado 2017-08-25; Código PD: 086036

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva que se caracteriza por una limitación crónica del flujo aéreo. Es una patología compleja, fenotípicamente variada y con una gran comorbilidad, aunque podemos decir que en líneas generales sus síntomas principales son: tos, expectoración abundante y disnea o falta de aire.

Los números de la EPOC son alarmantes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay más de 200 millones de personas en el mundo que la padecen y que pasará a ser la tercera causa de muerte en el mundo en 2030, siendo su impacto mucho mayor en países en vías de desarrollo. En España los números son igual de preocupantes ya que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) estima que esta enfermedad afecta a algo más de dos millones de personas. Desde 1950 se sabe que la causa fundamental de la EPOC es la inhalación del humo del tabaco, que produce una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones que termina cronificándose. Su diagnóstico se realiza principalmente a través una prueba clínica llamada espirometría, que mide la cantidad y la velocidad del aire espirado. La cantidad de aire máxima que es posible espirar en el primer segundo de la prueba se llama Volumen Espiratorio Forzado (FEV) y la cantidad de aire total espirado se llama Capacidad Vital Forzada (FVC). En líneas generales se considera que existe obstrucción al flujo aéreo si existe una diferencia superior al 70% entre el FEV y la FVC.

El tratamiento farmacológico es fundamental en estos pacientes. Consiste principalmente en el uso de broncodilatadores dispensados a través de inhaladores, que depositan la molécula en la vía aérea para ayudar a combatir la inflamación y la disminución del calibre de la vía aérea que causa la EPOC. Igualmente es primordial la deshabituación tabáquica, lo que en ocasiones resulta una tarea muy complicada, tanto por la dependencia física de las sustancias del humo del tabaco como por el gran arraigo que el enfermo tiene a este hábito de fumar en su día a día.

La EPOC es una enfermedad progresiva y posee distintos niveles de gravedad establecidos en base a los resultados de la espirometría: nivel I leve (FEV₁ >80%), nivel II moderado (FEV₁ 80-50%), nivel III grave (49-30%), nivel IV muy grave (FEV₁ <30%). Esta limitación del flujo aéreo produce una sensación de fatiga y una percepción de mala calidad de vida, que, como es lógico, está en relación con el nivel de gravedad que presentan dentro de la enfermedad, siendo más acusado cuanto más grave es este nivel.

La fatiga es la molestia o dificultad que produce la enfermedad para respirar. Es una sensación subjetiva de ahogo que como tal no es cuantificable mediante métodos clínicos y está relacionada con la percepción de la calidad de vida. Calidad de vida es un concepto complejo, la OMS lo ha definido como *"la percepción de un individuo de su situación de vida, en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"*. Medir esta autopercepción ha despertado un interés creciente entre los profesionales de la salud en los últimos años y para este fin se han desarrollado multitud de herramientas, ya sean instrumentos para la población general o instrumentos más específicos relacionados a cada tipo de enfermedad. Para este trabajo proponemos la utilización de un cuestionario general SF-12 y un cuestionario específico de EPOC el COPD Assessment Test (CAT).

Por lo general en los niveles más avanzados de la enfermedad, la calidad de vida y el bienestar emocional tiene niveles muy bajos, resultando inferior al de los enfermos con cáncer de pulmón. (Gore, Brophy, Greenstone, 2000). Sin embargo, es frecuente observar que dentro de un mismo nivel de gravedad de la EPOC, en pacientes con una espirometría similar, en muchas ocasiones existen unas diferencias notables en esta percepción sobre la fatiga y la valoración que hacen sobre su calidad de vida, siendo con frecuencia valorada ésta muy por encima de lo esperado para el rango de enfermedad en el que se encuentra el paciente. Esta diferente percepción entendemos que ha de tener un alto componente psicológico subjetivo que no es posible medir mediante las pruebas clínicas que se realizan en la consulta (espirometría y saturación de oxígeno en sangre). La situación psicosocial del paciente es determinante en el día a día de la enfermedad. Algunas de las posibles consecuencias negativas encontradas en los pacientes EPOC con síntomas de depresión, trastornos relacionados con la ansiedad, problemas relacionados con el apoyo social, problemas relacionados con el cambio en los roles de dependencia dentro de la familia, percepción deficiente de la autoeficacia en relación a tareas de la vida cotidiana y miedo a la muerte (Repetto, Bernal, & González, 2011).

En base a este tipo de estudios, a la observación realizada a los pacientes en seguimiento clínico en consulta de neumología y bajo los supuestos del modelo biopsicosocial de la salud, que postula que el factor biológico, el psicológico y los factores sociales interactúan en el contexto y percepción de la enfermedad, se propone un estudio sobre la efectividad que puede tener una terapia psicológica adecuada en pacientes con patología de EPOC severo. En la terapia propuesta se trabajarán los principales componentes psicosociales relacionados con la calidad de vida: (a) Psicoeducación del paciente, (b) Entrenamiento en control de la respiración, (c) Terapia Cognitiva, (d) Psicoeducación familiar. Se espera que esta terapia produzca una mejoría en la valoración que el paciente hace de su calidad de vida y poder demostrar así que el componente psicológico es fundamental en la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida en esta enfermedad.

MÉTODO: (PARTICIPANTES, PROCEDIMIENTO Y MATERIAL)

Participantes

En el estudio participarán 50 personas, varones y mujeres diagnosticados de EPOC severo según los criterios de la SEPAR, que hacen el seguimiento clínico de su enfermedad en la consulta de neumología del Hospital de Arriondas, Asturias. Las edades de los pacientes estarán entre los 55 y los 75 años. Todos tendrán un diagnóstico clínico que corresponde con EPOC severo o grave según los criterios de la SEPAR y por tanto con una espirometría de FEV₁ con valores de 30 y 50 %. Los niveles de oxígeno en condición basal en sangre, cuantificados mediante un saturómetro digital, tendrán unos valores entre 90 y 95% por lo que no necesitarán oxigenoterapia domiciliaria. El tratamiento farmacológico consistirá en inhaladores con broncodilatadores descartándose de la investigación los pacientes que sufran una agudización o necesiten tomar esteroides orales por algún motivo durante el tiempo que dure el estudio. Los pacientes no cumplirán tampoco criterios de enfermedad mental grave o adicción al alcohol u otras sustancias, ni tendrán algún tipo de deterioro cognitivo. El perfil de pacientes de la consulta es de persona del entorno rural con un nivel sociocultural medio-bajo, ninguno con estudios superiores.

Una vez seleccionada la muestra de entre todos los pacientes del área que cumplan los criterios exigidos, se distribuirán en 2 grupos iguales de forma aleatoria, donde uno será el grupo experimental, sometido a la terapia psicológica y el otro formará el grupo de control, que asistirá a sesiones de audición de música clásica.

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra de pacientes y formados los grupos de manera aleatoria se les explicará el procedimiento de la investigación, informando de la absoluta voluntariedad y confidencialidad de la misma. Comentando los beneficios que este tipo de investigaciones tienen para el interés general en el estudio de su enfermedad. Se pedirá a todos los la mayor sinceridad posible en las respuestas y el mantenimiento del compromiso a realizar el estudio hasta el final. Tras ello procederán a la firma del consentimiento informado.

Todos los participantes realizarán los cuestionarios de valoración de calidad de vida propuestos: el test SF-12 y el test CAT de forma individual, autoinformada y en presencia del investigador. Después cada participante realizará el tratamiento asignado a su grupo. A cada sujeto del grupo experimental se le dará las citas para acudir a las sesiones de terapia en el Centro de Salud Mental del propio Hospital de Arriendas. La terapia psicológica consistirá en 10 sesiones de terapia de 60 minutos de duración, con un tiempo intersección de 2 semanas con los siguientes componentes: psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración y sesiones de relajación, detención de pensamiento y reestructuración cognitiva y psicoeducación familiar, siguiendo este orden de aplicación. Al grupo control se le dará el mismo número de citas para acudir a sesiones conjuntas de audición de música clásica en el salón de actos del mismo hospital.

Tras una semana del fin de la aplicación del tratamiento, todos los participantes volverán a contestar de la misma forma individual, autoinformada y en presencia del examinador a los mismos cuestionarios SF-12 y CAT para reevaluar la percepción de calidad de vida de cada sujeto. Pasados seis meses cada participante cumplimentará de nuevo los mismo test de la misma forma, para valorar el mantenimiento en el tiempo del efecto de la terapia.

Material

Para medir la calidad de vida de los pacientes se emplearán dos pruebas estandarizadas: (a) Cuestionario de Salud SF-12 desarrollado por Ware, Kosinski y S  ller, en su versión adaptada al castellano, que consiste en una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 del HealthInstitute, New England Medical Center, de Boston Massachussets elaborado por Stewart, Hays y Ware. Este cuestionario de salud SF-12 estima la calidad de vida tanto de pacientes como de población general. Está compuesto por 12 ítems sencillos, que evalúan el grado de bienestar y capacidad funcional de la salud física y mental. Es una versión resumida del cuestionario general de salud SF- 36 que mantiene la distribución de los ítem en ocho dimensiones: *función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional*. Algunos   tems del SF-12 son, por ejemplo: *  En general, usted diría que su salud es...  *, *  Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto el dolor que ha dificultado su trabajo habitual  *. Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de 3 a 5 puntos, dependiendo del   tem). Siendo 1 la mayor puntuación indica también una mayor calidad de vida. Los 12   tems se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta. Algunos   tems tienen cinco opciones de respuesta acerca de un aspecto de salud, que va de excelente a mala. Otros   tems se responden comparando la salud actual con la de hace un año. Otros   tems ofrecen tres opciones de respuesta acerca de las limitaciones que le causa su estado de salud en su vida diaria. Estos aspectos se valoran como muy limitantes a nada limitantes. Otros   tems hacen referencia a las repercusiones de su salud en algún aspecto de su vida, contestando con un sí o un no. Otros   tems valoran las sensaciones físicas y emocionales de la persona en las últimas dos semanas, a través de seis opciones de respuesta. Este test es un test sencillo que puede ser contestado de forma fácil y en no más de 5 minutos por el propio paciente.(b) Cuestionario específico para pacientes EPOC, CAT, creado por Jones et al. en 2009 también en su versión adaptada al castellano. El CAT es un cuestionario breve y sencillo, específico para pacientes EPOC que también puede ser cumplimentado de forma rápida por el paciente. Consta de 8 ítems que miden aspectos sobre *la tos, la expectoración, la opresión torácica, la disnea, las actividades domésticas, la autoconfianza, el sueño y la energía*. La valoración de cada ítem se hace mediante escala tipo Likert con valores de 0 a 5, donde 5 es la peor valoración. Su puntuación global se sitúa entre 0 y 40 puntos, siendo 40 la peor valoración posible. Algunos son *  No tengo flema, Tengo el pecho lleno de flema  *

Resultados:

Los resultados esperados en este estudio son la observación de un aumento significativo en la valoración de la calidad de vida de los pacientes del grupo experimental, sometido a la terapia psicológica, mientras que en el grupo de control no se observará ninguna variación. Así los test postratamiento del grupo experimental mostrarán unos valores superiores a los presentados en los test pretratamiento, mientras que en el grupo de control, los valores pre y postratamiento no tendrán diferencias significativas. Este aumento en el grupo experimental demostrará la importancia del componente psicológico en este tipo de pacientes crónicos. Para la mejor interpretación, los datos serán representados gráficamente mediante un diagrama de dispersión.

Así mismo, podemos observar si existe una correlación positiva en el aumento de esta percepción en la mejora de la calidad de vida en sujetos del grupo experimental con la variable edad y la variable sexo. Los resultados esperados son, que los sujetos de menos edad y sexo femenino tengan un aumento mayor que los pacientes con más edad y sexo masculino tras la aplicación de la terapia. A fin de comprobar el mantenimiento en el tiempo del efecto de la terapia y de la mejora en la percepción de la calidad de vida a largo plazo, se aplicará el mismo análisis de datos repitiendo el test a los 6 meses de tratamiento con la intención de valorarlos logros a corto y medio plazo de la terapia. Para la obtención de los resultados se realizará un análisis de ANOVA de medidas repetidas.

Discusión:

Según el modelo biopsicosocial se considera que la salud y la enfermedad forman parte de un continuo, donde la salud será el resultado de tener cubiertas las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo (Amigo, Fernández y Pérez, 1198)6. Tener cubiertas estas necesidades está estrechamente relacionado con la percepción de calidad de vida por parte del paciente. En la consulta del especialista de neumología se observa con frecuencia que pacientes que sufren un mismo nivel de gravedad dentro de la enfermedad, en ocasiones informan de una percepción de calidad de vida muy distinta. El propósito de este estudio es establecer hasta qué punto el factor psicológico es determinante en esta distinta percepción. Para ello proponemos una investigación cuasi-experimental que equipare los factores biológicos y sociales y demuestre la importancia que tienen los factores psicológicos en la percepción de calidad de vida a través de la aplicación de una terapia psicológica adecuada en pacientes EPOC severo.

Para equiparar los factores biológicos de los sujetos de la muestra, se buscarán pacientes con criterio de EPOC severo según la SEPAR, que realicen su seguimiento en la consulta de neumología del Hospital de Arriondas, que tengan una edad media similar entre 55 y 75 años.

El tratamiento farmacológico ha de ser equiparable en todos ellos, quedando fuera del estudio los pacientes que sufran agudizaciones durante el mismo. Los niveles de oxígeno en sangre de todos los sujetos serán suficientes para no tener oxigenoterapia domiciliaria. También se intentará buscar una muestra de sujetos que socialmente sean similares, por lo que se eligen del mismo entorno rural y con un nivel de estudios similar, ningún sujeto tendrá estudios superiores.

La terapia será la variable independiente de este estudio, con ella se intenta tener en cuenta todos los aspectos psicológicos que pueden influir positivamente en la percepción de la calidad de vida de un paciente con enfermedad de EPOC. Los distintos apartados de esta serán: (a) Psicoeducación, destinada a aumentar el conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad, ya que una buena información sobre el problema puede disminuir la ansiedad. Es necesario un especial hincapié en el abandono total del hábito de fumar en pacientes que aún continúan fumando y el control de la dieta y el peso, así como evitar en la medida de lo posible el sedentarismo. Las sesiones se reforzarán con biblioterapia. (b) Entrenamiento en control de la respiración, a través de respiración diafragmática y sesiones de relajación. El objetivo es reducir la ansiedad a través del control de la respiración, un aspecto muy importante en los enfermos de EPOC ya que esta enfermedad cursa con una hiperinsuflación y se produce una disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios. Esta disfunción mecánica contribuye de forma importante a la sensación de disnea. (c) Sesiones de terapia basada en la Terapia Cognitivo Conductual, destinadas a dotar al paciente de los recursos necesarios para afrontar y solucionar sus problemas y detener los pensamientos negativos, con terapia de reestructuración cognitiva. (d) Psicoeducación familiar, que fomente el apoyo de la familia al enfermo ya que en la enfermedad de EPOC se va produciendo un cambio en los roles de la posición que el enfermo desempeña dentro de la unidad funcional de la familia que en ocasiones son muy difíciles de asimilar sobre todo cuando dejan de desempeñar funciones de cabeza de familia.

La valoración de la calidad de vida será medida a través de dos pruebas estandarizadas, una que valora aspectos generales de la salud, el Cuestionario General de Salud SF-12 y otra prueba específica para pacientes EPOC, COPD

Assessment Test (CAT). Estos test se aplicarán antes y después del tratamiento, tanto al grupo experimental como al grupo de control. Apoyándonos en otros estudios, es previsible que la puntuación en los test de calidad de vida de los sujetos del grupo experimental sometidos a la terapia, presenten un aumento que refleje una mejor percepción de calidad de vida. Como refleja un estudio realizado por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, los pacientes EPOC están altamente preocupados y atentos a los signos emocionales de la enfermedad pudiendo estos alterar su funcionamiento físico y social. (Vinaccia y Quiceno 2011). Indudablemente un estudio de este tipo presenta varias debilidades, empezando por las debilidades generales de un estudio cuasi-experimental de falta de control de variables extrañas que puedan influir en las puntuaciones de la variable dependiente. Ya explicamos cómo se intentarán controlar variables físicas y sociales de los pacientes para que los grupos sean lo más equivalentes posible, pero indudablemente estas variables no se podrán controlar en su totalidad. Tenemos que tener en cuenta que hablamos de una enfermedad compleja, fenotípicamente variada y con una gran comorbilidad, lo que hace que en una muestra pequeña de pacientes como los de este estudio sea fácil que los grupos (experimental

o de control) puedan no ser todo lo equiparables que se espera para establecer unos resultados completamente fiables. Además es necesario considerar que la enfermedad de EPOC cursa con agudizaciones a lo largo de su desarrollo. En estas agudizaciones los pacientes son ingresados y sometidos a tratamientos con oxigenoterapia y/o esteroides que les dejarán fuera del estudio, lo que origina que el número de participantes de la muestra varíe y pueda desequilibrar los grupos. También hay que tener en cuenta que si bien se trata de pacientes con tratamiento farmacológico similar, este puede tener pequeñas variaciones y ser asimilado de forma diferente por el organismo produciendo efectos distintos. Además las condiciones de vivienda, apoyo familiar, problemas domésticos, etc de cada persona nunca son totalmente equiparables e incluso pueden variar en cada momento para una misma persona lo que influirá de forma importante en el componente emocional del sujeto y en los resultados de los test de calidad de vida. Debemos así mismo considerar el sesgo por el llamado “efecto placebo” consistente en la mejora que puede experimentar un sujeto en la puntuación en los test al saber que está siendo sometido a un estudio para mejorar su percepción de la calidad de vida, por lo que es necesario que el estudio se haga bajo la técnica de doble ciego donde se mantenga la confidencialidad del resultado que persigue el estudio hasta el final de este.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este proyecto de investigación respetará los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y cumplirá la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal: Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 14/2007 de investigación biomédica.

Bibliografía

- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Gore JM, Brophy C J & Greenstone, M A. . (2000). How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* , 55, 1000-1006.
- Downloaded from 7 mayo 2016, De <http://thorax.bmj.com> Base de datos.
- Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. 2009;34:648–54.
- Repetto, P., Bernaldes M. & González M. (2011). Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 7, 144-152.
- Stewart A.L., Hays RD & Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey.
- Reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 1988; 26(7): 724-735.
- Vinaccia S. & Quiceno JM. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Sociedad Chilena de Psicología* , 29, 65-75 .
- Ware J, Kosinski M, Keller SA. 12-Item Short-Form Health Survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996; 34(3): 220-233.